

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 52

LA CONGESTION GYNÉCOLOGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Marie ROBERT

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à MONTPELLIER le 23 Février 1902



MONTPELLIER

Imprimerie ROBERT-SIJAS & RAVIER

Place Chabaneau

1927

LA CONGESTION GYNÉCOLOGIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 52

LA CONGESTION GYNÉCOLOGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Marie ROBERT

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à MONTPELLIER le 23 Février 1902



MONTPELLIER

Imprimerie ROBERT-SIJAS & RAVIER

Place Chabaneau

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire MM. L. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUES, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC. PAVIOT. TIXIER. BERARD. VORON. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (J.). MOURIQUAND. VILLARD. COLLET. ROCHET. NOVE-JOSSERAND. CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. BRETIN. GUIART. LATARJET. POLICARD. BOYON. FROMENT. CADE. FAVRE. PATEL. ARLOING (F.). ETIENNE-MARTIN. COURMONT (P.). SAVY. LEULIER.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements.....	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique neurologique et psychiatrique.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies des femmes.....	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Physique biologique, Radiologie et Pysiothérapie....	
Chimie biologique et médicale.....	
Chimie organique et Toxicologie.....	
Matière médicale et Botanique.....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générale.....	
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie..	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.....	
Pharmacie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS. CONDAMIN. BARRAL. GAYET.
— — Propédeutique de gynécologie..	
— — Chimie minérale	
— — Urologie	

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon). RHEINTER. TAVERNIER. TELLIER.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	
Chirurgie expérimentale	
Stomatologie	

AGREGES

MM. GARIN. TRILLAT. SARVONAT. FLORENCE (G.). ROCHAIX. CORDIER (V.).	MM. ROUBIER. BONNET. RHEINTER. MAZEL. SANTY. DUNET.	MM. CHALIER (André). CHALIER (Joseph) NOEL. CHEVALLIER. DUMAS. DUFOUT.	MM. DEVIC. GABRIELLE. MANCEAU. MARTIN (Joseph). ROCHET (Ph.). WERTHEIMER.
---	---	--	---

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, *président*; CONDAMIN, *assesseur*

LAROYENNE et ROCHET (Ph.), *agregés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Je dédie ces pages. C'est un bien faible
témoignage de ma reconnaissance et de
ma tendresse infinie.*

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MA NIÈCE MONIQUE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE GEORGES SETZE

CAPITAINE D'ARTILLERIE

Mort au Champ d'Honneur le 11 Août 1914

A MA TANTE, MADAME GEORGES SETZE

A MON ONCLE, LE COMMANDANT EUGÈNE GRANDCOLAS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, CROIX DE GUERRE

A MA TANTE, MADAME EUGÈNE GRANDCOLAS

MEIS ET AMICIS

J.-M. R.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Nous lui exprimons notre respectueuse
gratitude pour le grand bonheur qu'il
nous a fait d'accepter la présidence de
notre thèse et pour l'accueil bienveillant
qu'il nous a toujours réservé à sa
clinique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. QUINCIEU
MONITEUR DE CLINIQUE, CHARGÉ DU SERVICE DE KINÉSITHÉRAPIE
A LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LYON

*Il a bien voulu nous inspirer le sujet
de notre travail pour la rédaction du-
quel il nous a sans cesse guidé de ses
conseils. Nous l'assurons de notre gra-
titude et de notre profond respect.*

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

J.-M. R.

AVANT-PROPOS

A la veille de quitter la Faculté, nos études terminées après six années de travail, nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer un sentiment de reconnaissance à l'égard de ceux qui nous ont dirigé dans nos études et qui ont fait de nous ce que nous sommes.

Elève de l'Ecole montpelliéraine, nous avons apprécié durant les trois ans que nous avons passés auprès d'elle la science et le dévouement de ses maîtres. Il nous faudrait les citer tous, si nous voulions remercier tous ceux qui ont eu des bontés pour nous.

De notre long séjour à Lyon, nous emportons le souvenir de maîtres accueillants et d'une école florissante entre toutes.

Mais nous devons remercier particulièrement Monsieur le professeur Villard. Il a bien voulu nous accueillir dans son service. nous autoriser à nous initier plus particulièrement à la pratique de la kinésithérapie gynécologique. Nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu nous autoriser à faire dans son service le présent travail : une étude des traitements non opératoires.

Nous devons également nos remerciements les plus sincères à Monsieur le docteur Quincieu. L'idée du présent travail nous a été suggérée par lui. Pendant un an et demi de collaboration presque quotidienne, il nous a initié aux premiers éléments de la gynécologie, et ensuite à l'étude si intéressante des malades victimes de ces troubles vaso-moteurs qui font l'objet de notre thèse.

INTRODUCTION

Qui n'a vu le triste spectacle d'une jeune femme immobilisée par des malaises variés, à la fois abdominaux, pelviens et généraux, et réduite à partager à peu près tout son temps entre le lit et la chaise longue? Quel est le gynécologue, qui n'a été en butte aux récriminations des malades, opérées ou non, continuant à souffrir, en dépit de tout ce qu'on a pu tenter, et même souffrant davantage encore quand on pratique sur elles un toucher explorateur?

Quel est celui qui n'a vu revenir désespérées, des jeunes femmes, parfois des jeunes filles, n'ayant jamais présenté de lésions pelviennes apparentes, mais qui porteurs de troubles fonctionnels, accompagnés de meno ou de métrorragies, ont subi un curetage sans résultat, après échec du traitement médical et du traitement opothérapique? En pareil cas d'ailleurs, la curette n'avait le plus souvent ramené ni fongosités ni débris.

De telles situations dont nous pourrions citer maints exemples variés, déplorables pour les patientes elles-mêmes, fort pénibles pour les proches et l'entourage, sont aussi — est-il besoin de le dire? — particulièrement désagréables au gynécologue. Ce dernier, rebuté par

l'échec de ses tentatives thérapeutiques, se sent tout à fait désarmé, en présence de malades de ce genre.

De tels cas sont très nombreux. Il ne se passe pas de jours ou de tels malades ne viennent aux consultations de la Charité, le corps brisé, souffrant d'un mal autant moral que physique.

Notre attention, retenue devant des cas aussi fréquents, a fait naître en nous le désir d'étudier plus à fond ces maladies ; nous avons vu que c'étaient des femmes souffrant de congestion gynécologique et de ses complications.

Dans le présent travail, après un historique assez détaillé, nous avons l'intention d'exposer les faits constatés et les résultats de la thérapeutique kinésithérapique.

Il pourra paraître bizarre qu'au cours de ce travail nous ne nous occupions pas des congestions utérines secondaires c'est-à-dire celles qui reconnaissent comme origine des maladies organiques (cœur, poumon, rein). La raison en est bien simple, elles ne rentrent pas dans le cadre de notre étude.

Après avoir compulsé de nombreux traités de gynécologie, une remarque s'impose : c'est que nulle part, nous ne rencontrons une définition précise de la congestion gynécologique. Nombreux sont les auteurs qui décrivent remarquablement les symptômes, l'étiologie, voir même le traitement (avec de nombreuses inexactitudes) mais personne ne donne une définition nette de cette congestion. Nul n'a écrit que la congestion gynécologique était : « *une dysfonction du sympathique et du parasymphatique abdomino-pelvien, caractérisée par*

la présence simultanée d'une vaso-dilatation veineuse et probablement aussi lymphatique (stase) et d'une vaso-constriction artérielle (spasme) ».

C'est en nous basant sur cette définition, que nous entreprendrons l'étude approfondie de la congestion gynécologique. Après une revue générale des symptômes, étiologie, formes cliniques, nous nous appesantirons, (et nous en excusons d'avance), sur le traitement de cette affection.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, nous tenons à faire la remarque suivante :

Nous sommes de ceux qui proclamons :

La gynécologie est essentiellement du ressort de la chirurgie. Toutes les fois que l'acte opératoire paraît indiqué, c'est à celui-ci que l'on doit avoir recours, et non à une thérapeutique non opératoire, dont les résultats sont incertains : — La majorité des médecins croit qu'il y a antagonisme entre la kinésithérapie et la chirurgie ; c'est une erreur. La kinésithérapie n'est pas une panacée — Notre idée est tout autre ; kinésithérapeute et chirurgien doivent constituer une véritable symbiose dans laquelle le kinésithérapeute ne doit normalement occuper que la seconde place.

La kinésithérapie doit être strictement maintenue au rang d'aide de la chirurgie.

Le vœu de Stapfer « qu'à la salle d'opération soit juxtaposée une salle de kinésithérapie » est depuis de longues années réalisé à la clinique de gynécologie de Lyon, sous les auspices de M. le professeur Villard et de ceux qui l'ont précédé dans cette chaire.

CHAPITRE PREMIER

Historique

PERIODE PRE-PASTEURIENNE

Si, au hasard de nos lectures, nous feuilletons les ouvrages des médecins d'autrefois, et, en particulier, les traités s'occupant des maladies des femmes, nous sommes frappés de rencontrer à chaque page le mot congestion. A notre grand étonnement, la notion dominante toute la physiologie et toute la pathologie génitale de la femme, c'est la congestion utérine.

Mais si, curieux, nous cherchons dans un vieux dictionnaire de l'époque, le sens du mot congestion, notre étonnement disparaît. « *Amas d'humeurs* », nous répond un vieil ancêtre du Larousse, un ouvrage du XVIII^e siècle, couronné par l'Académie. Définition qui, à l'heure actuelle, nous paraît bizarre mais qui explique bien la présence inattendue dans tous les ouvrages du mot congestion. La théorie des humeurs était la base de la pathologie à cette époque. Les « *amas d'humeurs* » étaient donc une affection courante.

Mais le temps fait son œuvre, la science suit son cours, la terminologie et les notions se précisent.

En 1801, Vigarous, professeur à l'Ecole de Médecine de Montpellier, dans un ouvrage sur les maladies des femmes, entrevoit le phénomène de la congestion quand il écrit : « *Le flux menstruel est une pléthore de l'utérus, produite par la surabondance de nourriture qui s'accumule dans les vaisseaux sanguins. Que les femmes par leur genre de vie sédentaire et peu actif ne transpirant pas pour dissiper le superflu des parties nutritives et ce superflu s'accumule au point de distendre les vaisseaux et de s'ouvrir une issue par les artères capillaires de la matrice* ».

Première vision de la congestion utérine mais vision essentiellement physiologique : La notion de congestion utérine va peu à peu entrer dans le domaine de la pathologie. Elle va dominer toute la pathologie de la femme, elle va constituer la plus fréquente des affections de la matrice. L'imagination aidant, la voilà devenue la source de tous les maux et responsable de toutes les affections génitales. Son mécanisme et sa pathogénie donnent naissance à de nombreuses hypothèses. Vers 1839, Duparcque écrivait : « *Dans sa congestion, le sang est comme poussé par un mouvement fluxionnaire, ainsi qu'on l'observe dans l'engorgement normal qui prélude la menstruation. Dans l'un et l'autre de ces cas, le fluide est tantôt porté au dehors par les vaisseaux exhalants ce qui constitue l'engorgement hémorragique ; ou bien il stationne et s'accumule dans le système capillaire et les vaisseaux blancs en dépendant, s'infiltre dans la trame cellulaire et dans les interstices fibreux du parenchyme*

utérin, soit par une sorte d'exhalation ou d'endosmose, soit après la rupture active ou passive des vaisseaux qui le contiennent naturellement, d'où résulte l'engorgement congestif non hémorragique, état qu'il ne faut pas confondre avec l'engorgement phlegmasique dont il est cependant quelquefois le premier degré et l'avant-coureur ».

Mais ce n'est pas tout, à cet auteur, la congestion lui apparaît comme le point de départ nécessaire de toutes les altérations graves de l'utérus et de ses annexes « *La congestion conduisait à l'engorgement, et l'engorgement aboutissait suivant les cas à la suppuration, aux indurations cartilagineuses et osseuses et même... au cancer* ».

Ces exagérations témoignent assez de la confusion qui régnait alors dans la gynécologie, pour qu'il ne soit pas utile d'étudier de plus près cette époque riche en découvertes, mais trop fertile en hypothèses.

Les idées évoluent dans cette sphère d'erreur jusqu'aux environs de 1850. A ce moment là, réaction et apparition d'idées plus conformes à nos vues actuelles. Récamier, dans *L'Union Médicale*, sous le titre: *Des engorgements résolubles de l'utérus*, dit: « *On rencontre fréquemment en pratique, des tuméfactions plus ou moins considérables du col de l'utérus et de ses dépendances. Ces tuméfactions désignées sous le nom d'engorgement sont loin d'être de même nature. Les unes sont dures de nature squirrheuse et dégénèrent en cancers de différents aspects, encéphaloïdes, mélaniques, lardacés; les autres sont de nature tuberculeuse, des produits fibreux plus ou moins durs à l'exploration, et chroniques dans leur marche.*

Les autres sont de nature inflammatoire, spontanée ou suite d'abus de cohabitation sexuelle, ou se lient à l'état puerpéral, elles affectent seulement la muqueuse du corps utérin ou la substance, et même les vaisseaux veineux de l'organe et ses dépendances ligamentaires et ovariennes avec une marche aiguë ou chronique. Ce ne sont pas ces tuméfactions dont je viens de parler qui ont occupé l'Académie, mais bien des engorgements résolubles du col et même du corps de cet organe. Les honorables confrères qui se sont occupés de la question ne sont d'accord ni sur la nature ni sur la fréquence de ces tuméfactions. Les uns, avec Monsieur le docteur Duparcque les regardent comme exclusivement inflammatoires; les autres ne s'expliquent pas sur leur nature comme le docteur Amussat; les autres, avec Monsieur le docteur Velpeau nient la fréquence et presque l'existence d'engorgements utérins différents des inflammations et des dégénérescences partielles ou totales de l'organe utérin; car il ne faut pas confondre avec les engorgements utérins anormaux et résolubles les déplacements divers de l'organe. Pour éclairer la nature et la fréquence des engorgements utérins anormaux je ne connais point de moyens plus sûrs que de comparer leur nature, leurs phénomènes locaux diagnostiqués, leurs phénomènes sympathiques, leur marche, leur thérapeutique et leurs effets consécutifs avec ceux d'affections plus connues. Je parle des tumeurs hémorroïdales ».

La question est définitivement tranchée par M. Hervez de Chegoin dans son rapport à l'Académie de Médecine qui contient en résumé : *Que les engorgements de la matrice ne peuvent être une chose douteuse, que la*

transformation des phlegmasies utérines en cancer est accidentelle, impossible même et qu'engorgement et hypertrophie diffèrent essentiellement.

Voilà donc la congestion utérine qui prend figure. Son existence est admise, son identité est à peu près définie.

Les idées évoluent, se précisent et se fixent. La science de la médecine commence à s'appuyer sur des données anatomiques et anatomo-pathologiques. Les auteurs ne se contentent plus d'à peu près. Ils veulent savoir le pourquoi de tous les phénomènes qui se déroulent devant eux. De plus, admirables observateurs, ils vont voir, ils vont tout voir. Leurs descriptions seront parfaites, leurs interprétations peut-être moins, leur degré de connaissance des phénomènes ne leur permettant souvent que des hypothèses.

La gynécologie fait d'énormes progrès. C'est en 1857 que nous voyons apparaître pour la première fois la notion de congestion utérine comme une entité bien définie. Nous la voyons dégagée de notions qui l'encombre et prendre une place dans le domaine de la pathologie génitale de la femme.

Arau, dans son cours magistral, consacra, un chapitre à la question « Congestion de l'utérus et de ses annexes ». « Si, dit-il, j'ai voulu consacrer une leçon à la congestion utérine, c'est que je veux indiquer par là, le rôle immense que joue à mes yeux la congestion dans le plus grand nombre des affections de l'utérus, c'est que la congestion fait, en quelque sorte, partie intégrante des fonctions du système utérin, tellement que toutes les fois qu'elle ne dépasse pas un certain degré elle est en réalité un fait nécessaire et jusqu'à un certain point, une condition de

l'accomplissement régulier des fonctions de ce système et de l'ensemble de l'organisme ».

Pour cet auteur, la congestion est un phénomène physiologique indispensable, mais, son augmentation peut devenir une maladie. Maladie qui sera soit un épiphénomène, soit notion nouvelle, une complication quelconque d'une maladie du système utérin. Nouvelle en ce sens, qu'elle n'est plus la cause d'une affection mais sa conséquence. Après une division en congestion active et passive, hypertrophique ou hémorrhagique, l'auteur introduit encore une notion nouvelle. La congestion peut être brusque ou bien s'installer progressivement.

Arau fait ensuite un magistral tableau des congestions utérines. Pur chef-d'œuvre sur lequel le temps ni la marche de la science n'ont pu apporter la moindre ombre. Résultat des analyses d'un observateur unique qui savait voir et bien voir, le tableau est complet et rien de plus parfait n'a été écrit jusqu'à ce jour comme description. Aussi nous ne pouvons nous empêcher de donner ce joyau *in extenso*:

« Réduite à ses caractères les plus élémentaires, la congestion utérine active s'exprime par une douleur gravative obtuse, ayant son siège dans la région lombaire et sacrée; par un sentiment de pesanteur dans le bassin, de plénitude et de chaleur intérieure. Dans des cas un peu plus intenses, aux accidents précédents se joignent des coliques obtuses dans les flancs, vers l'ombilic ou à l'hypogastre, revenant par instants, sous forme de spasmes quelquefois d'une manière tout à fait périodique. Si l'afflux sanguin est plus marqué, tous ces symptômes s'exagèrent encore, sentiment de poids,

de gêne, de tension, de corps étrangers volumineux, de chaleur brûlante dans le petit bassin, tiraillements dans les reins ou dans les aines. Coliques très vives venant à des intervalles rapprochés avec irritation particulière du vagin et cuisson de l'anus. Dans les cas les plus intenses la sensation de gêne, de tension qui existe dans le bassin, les tiraillements dans les reins et dans les aines sont tels que les malades éprouvent les plus grandes difficultés à s'asseoir, à se tenir debout et surtout à marcher. La chaleur intérieure qu'elles ressentent dans le bas ventre est continue et s'exaspère par moments, en s'étendant de ce point comme d'un foyer vers l'ombilic et le plus souvent le long de la partie intérieure des cuisses jusqu'aux genoux. Avec cette chaleur brûlante coïncident des cuissons à l'entrée de la vulve ou un prurit vulvaire des plus fatigant, des besoins continuels d'uriner et, dans la miction, une sensation de brûlure dans l'urètre causée par le passage de l'urine et dont l'acuité est quelquefois portée assez loin pour arracher des cris et des pleurs aux malades; l'urine est rendue en petite quantité, toujours chargée d'urates ou de phosphates, presque boueuse, contenant en outre, dans certains cas, une quantité plus ou moins grande de mucus. La constipation est quelquefois très rebelle. De temps en temps, lorsque les accidents congestifs s'exagèrent, les gardes robes sont accompagnées d'excrétions muqueuses formant des espèces de membranes. D'autrefois, il y a des évacuations diarrhéiques plus ou moins répétées et ces évacuations se rapprochent parfois de celles de la dysenterie en même temps qu'elles s'accompagnent des épreintes et des spasmes propres à

cette dernière affection. Dans les cas légers, tout se passe dans l'utérus et dans le système utérin, aucun phénomène réactionnel ne traduit la participation bien évidente de l'organisme à des souffrances aussi limitées. A mesure que ces souffrances grandissent et s'étendent, leur impression se fait sentir au-delà, d'abord par des phénomènes nerveux vagues, de l'agacement, de la tristesse, de l'inquiétude, un besoin de pleurer irrésistible; puis par des douleurs nerveuses mieux circonscrites, des névralgies, des gastralgies, des migraines; enfin, par des espèces de raptus sanguins qui répètent vers les organes les plus importants de l'économie, le cœur, le poumon, le cerveau, etc... les phénomènes de congestion observés vers les organes pelviens... ».

Arau s'efforce ensuite de montrer l'influence que les congestions utérines exercent sur la marche des lésions préexistantes et sur la production d'accidents nouveaux. Sans tomber dans l'excès de ses devanciers, il a sensiblement exagéré la part de l'hyperémie dans les processus pathologiques. Il a donné comme exemple de congestions simples des observations qui se rapportent manifestement à des affections bien définies de l'utérus et de ses annexes, telles que rétentions placentaires ou décidunales, métrites, salpingites.

Mais le progrès suit son cours et l'école anatomique fait peu de cas des troubles fonctionnels qui ne reposent pas sur des lésions bien et dûment établies. Aussi, l'importance de la congestion diminue en raison directe des progrès de l'anatomie pathologique

C'est en vain que Courty, en 1859, voulait maintenir la congestion comme un type morbide méritant de

garder sa place à côté des inflammations et des néoplasmes. Mais les distinctions que le savant gynécologue de Montpellier cherchait à établir entre la fluxion et l'engorgement semblaient alors subtiles et quelque peu entachées d'hérésie vitaliste.

Les ouvrages de Bernutz et Goupil, en 1860, tiennent peu de compte de la congestion utérine. Gallard fait de même ainsi qu'on peut le voir dans une clinique sur la métrite parenchymateuse :

« Il est extrêmement rare, dit-il, de rencontrer la métrite parenchymateuse simple et isolée surtout à l'état d'acuité. Cependant, pour être rare, cette phlegmasie ainsi isolée n'est pas impossible et je dirais même que si une chose doit nous étonner c'est qu'elle ne soit pas plus fréquente. Voyez, en effet, quelles circonstances favorables concourent à sa production : Chaque mois, au moment des règles, on remarque du côté de l'utérus un état de congestion qui est surtout sensible à l'époque de la première menstruation. Les femmes se plaignent de vagues douleurs à l'hypogastre et dans les lombes, de pesanteur au périnée; elles sont tourmentées par des nausées quelquefois par des vomissements et ressentent un malaise général assez indéfinissable. Ces symptômes cessent ordinairement à l'arrivée du flux menstruel. Ils sont le résultat de la congestion qui accompagne physiologiquement l'éruption cataméniale. Supposez que cet état physiologique s'exagère, il deviendra alors un état morbide et constituera la maladie désignée tantôt sous le nom de fluxion, tantôt sous celui de congestion active de l'utérus. Admettez un degré de plus dans cette congestion active (bien différente de la congestion passive due à un obstacle au cours du sang veineux) elle s'ac-

compagnera d'une sorte de mouvements fébriles; et si l'écoulement menstruel ne se fait pas, la congestion qui devait se dissiper sous l'influence de cette hémorragie naturelle persistera; alors vous aurez le premier degré de l'inflammation de l'utérus. La ligne de démarcation entre la congestion et l'inflammation est donc pour ainsi dire, insaisissable et en cela, la pathologie utérine ne fait plus exception à la règle commune, car dans la pneumonie, par exemple, on éprouve la même difficulté à dire où finit la congestion et où commence l'inflammation vraie.

C'est que la congestion et le premier degré de l'inflammation aiguë ne sont qu'un seul et même état pathologique ».

Gallard confond donc inflammation et congestion et cela volontairement puisque dans un article paru dans *L'Union Médicale* de 1860 il dit : « Il n'y a aucune différence réelle entre la description de l'inflammation et la congestion d'Araucario ».

F. Siredey et Danlos puis de Sinety dans d'excellents articles qui reflètent l'état de la science à l'époque où ils ont été écrits avaient résolument rejeté la congestion utérine « qui ne repose sur aucune base anatomique précise et dont on ne peut établir cliniquement les limites avec l'inflammation de l'utérus ».

Enfin, la bactériologie a porté le dernier coup à la congestion en faisant de l'infection le pivot de la pathologie génitale. La congestion ne fut plus considérée que comme un élément étiologique accessoire et plus souvent encore comme une conséquence de l'infection. Les troubles circulatoires furent définitivement placés au second plan.¹

PERIODE POST-PASTEURIENNE

Les découvertes admirables de Pasteur venaient de révolutionner tout le monde scientifique. La découverte du microbe et la théorie de l'infection expliquaient nombre de phénomènes. Les vieilles hypothèses disparurent complètement. Le microbe devint responsable de toutes les altérations de l'organisme. Pourtant déjà, en 1866, Scanzoni écrivait : « *Beaucoup même des engorgements de la matrice qu'on regarde comme inflammatoires, ne possèdent rien d'inflammatoire dans le sens précis du mot. Ce sont des désordres de nutrition, comme on en voit se former dans d'autres organes, à la suite d'une hyperhémie veineuse de longue durée* ».

On ne tarda pas à s'apercevoir que la bactériologie et l'anatomie pathologique ne fournissaient pas l'explication de tous les désordres qui surviennent dans l'appareil génital de la femme. On vit qu'à côté d'altérations organiques bien définies ou d'infections microbiennes manifestes on observait certains accidents de durée et d'intensité variables qui paraissaient en rapport avec des troubles passagers de la circulation utéro-ovarienne, facilement renouvelables, mais qui ne s'accompagnaient pas toujours de lésions persistantes.

Dolérís, en 1886, dans son ouvrage dans l'« Endométrite et son traitement » écrivait : « *Je me base sur cette façon d'envisager, aujourd'hui, l'inflammation et dans tous les cas sur l'avantage d'une semblable détermination des états morbides (infection) pour ne point accepter comme métrite chronique les états patholo-*

giques qui sont la conséquence de simples troubles de nutrition nés sous l'influence de perturbations nerveuses ou sanguines, lymphatiques traumatiques ou des régressions incomplètes, etc... et qui correspondent à ce qu'on appelle la subinvolution, l'hypertrophie chronique, l'hyperplasie, l'engorgement, la congestion ».

Il ajoute ensuite : « La difficulté avouée par Siredey pour établir une distinction clinique entre la congestion utérine et la métrite n'est pas plus sérieuse que pour différencier au même point de vue la congestion pulmonaire de la pneumonie. C'est le processus microbien qui établit la distinction pathologique. Les réactions inflammatoires et les procédés modernes de recherche permettront d'établir le diagnostic clinique ».

Dans ses leçons publiques, il emploie le mot de « fausse métrite » pour parler des états morbides, non infectieux, de l'utérus. Cette appellation, nous la retrouverons chez d'autres auteurs de la même époque sous le titre de « pseudo-métrites ».

Bouton, en 1887, dans sa thèse inaugurale (Métrite des vierges) écrivait : « Pour mieux rendre évidente notre pensée, reportons-nous à la fonction cataméniale qui rentre dans notre sujet. Supposons que cet état physiologique s'exagère, que la congestion soit plus intense qu'elle ne devrait l'être, il deviendra alors un état morbide et constituera l'affection tantôt désignée sous le nom de fluxion, tantôt sous le nom de congestion active de l'utérus. Admettons un degré de plus dans cette congestion utérine. Elle s'accompagnera d'une sorte de mouvement fébrile, et, si l'écoulement menstruel ne se fait pas, la congestion, qui devrait se dissiper sous

l'influence de cette hémorragie naturelle, persistera. De cette congestion permanente de l'utérus à son inflammation, la transition est à peine sensible ».

Mais les idées se précisent, et, dans une série d'articles parus en 1893, Doléris, dans les *Nouvelles Archives de Gynécologie et d'Obstétrique*, sous le titre bien significatif de « Troubles physiologiques non inflammatoires de l'Utérus », dit : « *Je repousse du cadre de la métrite tous les troubles utérins, passagers ou durables, dans lesquels je ne trouve point, à l'origine, l'élément microbien. Telles seront les congestions passives, aiguës parfois, du début et du déclin de la vie génitale de la femme; telles seront encore les lésions de voisinage qui provoqueront dans ou contre l'utérus, d'une néoplasie quelconque, fibrome, sarcome, etc... Tels seront enfin les troubles de fonctionnement des appareils vasculaires, musculaires et nerveux de l'utérus, dont nous connaissons maintenant l'étroite solidarité physiologique, troubles consécutifs à des altérations diathésiques, à des réparations ou à des régressions insuffisantes, ou simplement aux mauvaises conditions du fonctionnement de l'organe (excès génitaux, excitations factices ou au contraire, un arrêt prématuré de la vie sexuelle, veuvage) ».*

A la suite de cet important mémoire, on vit apparaître de nombreuses publications relatant des métrorrhagies au cours et à la suite des maladies infectieuses : fièvre typhoïde, paludisme ou affections hépatiques.

C'est pendant cette période que Stapfer écrivit de remarquables études sur la question. Nous ne donnerons pas ici un résumé de ces travaux. Dans le courant de

notre étude nous aurons l'occasion d'en parler maintes fois. Les idées de Stapfer reçoivent une consécration officielle avec Richelot et la thèse de son élève Hepp, en 1899. Richelot, dans son enseignement à l'Hôpital Saint-Louis « Les pseudo métrites des arthritiques nerveuses » réhabilita la congestion utérine d'origine arthritique et lui fit une place importante dans la clinique gynécologique.

Les médecins n'ont pas cessé de défendre, à diverses reprises, les vieilles traditions qui subordonnaient certains accidents génitaux à des troubles de la santé générale. Albert Robin dans ses excellentes leçons cliniques à la Pitié en 1899, expose magistralement l'influence qu'exercent les perturbations de l'organisme sur l'utérus et ses annexes sains ou malades. Les mêmes idées ont été soutenues par d'autres auteurs.

Nous arrivons alors au début du xx^e siècle, à la période moderne. Nombreux gynécologues et physiologistes s'occupent de la question et la font profiter des découvertes les plus récentes. Mais les ouvrages de Siredey, Vignes, Pichevin, L. Faure sont encore trop classiques pour que nous en donnions une classique.

CHAPITRE II

Congestion Gynécologique

DEFINITION

Pour nous : *La congestion gynécologique est une dysfonction du système sympathique et para-sympathique abdomino pelvien, caractérisée par la présence simultanée d'une vaso-dilatation veineuse et probablement aussi lymphatique (stase) et d'une vaso-constriction artérielle (spasme).*

ETIOLOGIE

Avant d'exposer en détails les multiples causes qui déterminent l'apparition des phénomènes de congestion gynécologique, il importe de se pénétrer de cette idée : Le substratum de cette affection existe presque toujours chez les femmes malades, ce sont presque toujours des intoxiquées d'origine héréditaire, ou d'origine récente (rhumatisme, typhoïde, maladies infectieuses...) nous entendons laisser au mot intoxiqué sa signification la

plus large). Ce sont des individus à tempérament neuro-arthritique dans le sens que Bouchard avait donné jadis à cette expression.

Ceci dit, toutes les causes que nous allons énumérer seront plutôt des causes déclanchantes.

I. Infection. — Infection du tractus génital (fait curieux à remarquer : ce ne sont le plus souvent pas les infections massives qui donnent les phénomènes congestifs les plus prononcés ce sont plutôt les petites infections et : légères métrites cervicales.

II. Lésions ovariennes et anatomiques. — Kystes de l'ovaire, ovaire séro-kystique, dysovarie.

III. Causes non anatomiques, non infectieuses. — En premier lieu il faut placer la fatigue sous toutes ses formes : Travail physique exagéré, travail intellectuel exagéré, choc moral.

a) *Travail physique exagéré :*

Station debout prolongée ;

Marche prolongée ;

Travaux de ménage et surtout lavage et repassage ;

Travail à côté d'une machine qui vibre ;

Frottage des parquets, machine à coudre ;

Equitation, longues courses en automobile ;

Voyages pénibles ;

Danse (si l'on exagère).

Nous éliminons et cela volontairement, la bicyclette. Beaucoup d'auteurs ont voulu attribuer à la bicyclette une action congestionnante. Au contraire, son action est essentiellement décongestionnante à la condition d'être pratiquée avec modération ;

b) *Travail intellectuel exagéré:*

Les cas sont plus rares; pourtant, nous avons rencontré des congestions parmi des femmes qui ont du surmenage intellectuel, étudiantes, musiciennes...;

c) *Chocs moraux:*

Les chocs moraux de toutes sortes : deuils, pertes d'argent, soucis sévères, chagrins intimes brutaux...;

d) *Causes diverses:*

Une question très discutée est celle des excès génitaux. Voilà notre opinion: Les seuls excès génitaux congestionnants sont ceux qui sont caractérisés par de longues séries d'excitations anormales n'aboutissant pas à l'organisme physiologique.

Dans le même ordre d'idée, nous citerons l'absence brutale de rapports sexuels (congestion des veuves).

L'action des agents extérieurs, chaud et froid, est discutable surtout au sujet du chaud.

Le froid aux pieds, les pieds mouillés déclenchent souvent des poussées congestives.

Le climat et l'altitude ont aussi une action: haute altitude: très congestive, climat marin aussi mais d'une façon transitoire.

Les excès d'alimentation, les aliments et boissons dits excitants, les troubles digestifs, la constipation, sont congestionnants.

La pratique des sports n'a pas d'action nocive si le sujet ne dépasse pas le seuil de la fatigue. Tout est là une question d'entraînement,

PATHOGENIE

Comment agissent les différentes causes énumérées dans le chapitre précédent?

Voilà une question très discutée. Il est entendu que les troubles sont dûs à une dysfonction du système vasomoteur.

Mais quelle en est l'origine?

L'opinion qui domine actuellement, c'est qu'elle est liée à des troubles de sécrétion des glandes endocrines probablement troubles ovariens et surtout à une hyposécrétion ovarienne. Cette opinion se trouve souvent confirmée par la clinique.

Quoiqu'il en soit, ne voulant pas faire dans le courant de ce travail une étude anatomo-physio-pathologique, nous ne donnerons pas d'autres théories ou hypothèses. Nous éviterons aussi de donner notre opinion à ce sujet.

SYMPTOMATOLOGIE

En général la congestion gynécologique, n'apparaît qu'à l'âge adulte, de la vingtième à la quarantième année, c'est-à-dire pendant la période de la plus grande activité génitale et même elle est très fréquente chez les aménorrhéiques transitoires.

SYMPTOMATOLOGIE SUBJECTIVE

L'appétit est modifié, la digestion semble se faire plus difficilement, l'aérophagie n'est pas rare, la constipation habituelle chez la plupart des femmes est augmentée.

Peu à peu s'établit une certaine gêne dans la région lombo-sacrée faisant place bientôt à une véritable douleur. Souvent apparaît un état migraineux accompagné ou non de nausées; ces dernières ont quelquefois un caractère un peu spécial rappelant les nausées du début de la grossesse.

Un état psychique s'installe et va en augmentant au fur et à mesure; c'est une tendance à la tristesse; la malade pleure facilement et sans motifs sérieux, l'entourage se rend compte parfaitement du trouble qui bouleverse son état de santé habituel. Une expression très souvent employée dépeint parfaitement cet état d'esprit: la malade voit la vie en noir.

Le ventre s'alourdit et augmente de volume. Les femmes éprouvent le besoin d'élargir leurs vêtements. Au même moment apparaît chez quelques sujets des besoins fréquents de défécation mais avec des selles non diarrhéiques, parfois même de la pollakiurie avec une légère uréthralgie.

L'abdomen paraît lourd, la malade a l'impression d'un corps étranger pesant dans le pelvis, avec des douleurs tenant à la fois des tranchées utérines et de l'irradiation névralgique de l'avortement ou de l'accouchement. Cette situation se complique presque toujours de véritables « *besoins de pousser* » que décrivent très bien les femmes qui ont déjà accouché; les nullipares signalent plutôt « *un déchirement* », une sensation de disjonction de la symphise pubienne. Une leucorrhée glaireuse, souvent sanguinolente, voire même du sang pur, accompagne ces phénomènes.

L'insomnie est assez prononcée et les rares instants de sommeil sont troublés par des cauchemars.

La description ci-dessus représente l'aspect général des cas les plus typiques. Bien entendu, tous les intermédiaires existent entre ceux-ci et les cas plus ou moins accentués.

SYMPTOMATOLOGIE OBJECTIVE

La malade se présente généralement avec un faciès douloureux, les traits tirés, une certaine pâleur; angoissée dans sa physionomie, dans ses gestes, dans ses paroles.

A l'examen dans la position debout :

La palpation de la peau révèle une sorte d'épaississement de la paroi. Elle est douloureuse notamment au pourtour de la cicatrice ombilicale.

La palpation abdominale montre un abdomen très augmenté de volume, proéminent. La malade accuse sous la main exploratrice une sensation de douleur au niveau de l'hypogastre et fréquemment dans la région hépato-vésiculaire sans toutefois présenter de localisations précises (Mac Burney, point vésiculaire).

La palpation montre fréquemment le foie légèrement augmenté de volume.

La malade étant placée en position dorsale pour examen gynécologique, la simple inspection nous montre parfois des organes génitaux externes dont la muqueuse apparaît congestionnée et ressemble à des organes génitaux externes de gravidiques au début. La muqueuse anale est souvent le siège d'hémorroïdes plus ou moins tuméfiées.

Le toucher et le palper combinés nous montrent un utérus très augmenté de volume dans tout son ensemble

(col, isthme, corps) simulant parfois une grossesse de deux mois à deux mois et demi.

L'organe utérin n'a pas la dureté caractéristique du fibrome, mais il donne plutôt l'impression d'une certaine malléabilité de la paroi, nettement distincte du ramollissement gravidique. Les ligaments larges apparaissent tendus et comme infiltrés, on sent souvent de grosses varices sur ces ligaments. Chez les sujets qui n'ont pas été infectés, on perçoit presque toujours très nettement les annexes épaissies, la trompe du volume d'un doigt et l'ovaire presque toujours augmenté de volume.

Les mouvements communiqués au col retentissent douloureusement dans la région sacro-coxygienne.

Si l'on pousse le doigt explorateur vers le Douglas, ou mieux encore par le toucher rectal, on perçoit les ligaments utéro-sacrés empâtés, un peu douloureux et légèrement contracturés.

Parfois même, tout autour de ceux-ci, notamment dans le voisinage de la paroi osseuse, on trouve des amas plus ou moins diffus, constitués par le gonflement des mailles du tissu conjonctif. Il s'agit là de l'apparition de la cellulite au début si bien décrite par Stapfer et l'école kinésithérapique moderne.

En résumé, l'examen nous révèle une congestion pelvi-abdominale presque générale.

FORMES CLINIQUES

A l'encontre de nombreux auteurs contemporains qui divisent les formes cliniques de la congestion gynécologique en types différents, selon l'âge génital du sujet,

selon le degré d'infection, nul, moyen ou prononcé, de ses organes génitaux, nous ramènerons la classification des congestions gynécologiques à deux types fondamentaux. Types basés sur les données de l'expérience.

Bien entendu, les descriptions que nous allons donner de ces deux formes, ne se rencontrent pas chez la femme qui souffre avec toute la netteté particulière de leurs symptômes.

Le type clinique le plus fréquemment observé étant un mélange, un mariage plus ou moins intime de ces deux formes.

Différents degrés s'observent et sont en rapport avec l'âge du sujet et l'état microbien de ses voies génitales.

Nous diviserons la congestion gynécologique en :

- a) *Type déclanché pur*;
- b) *Type déclanché dû à l'exagération d'un phénomène physiologique* (type hyperphysiologique).

Ces deux dénominations nouvelles dans la littérature médicale appellent quelques explications.

Bien entendu, nous conservons la division en formes :

- a) Sèche (uniquement douloureuse) ;
- b) Hémorragique (douleurs, plus perte de sang).

Douleur plus vive dans la première forme que dans la deuxième.

Les pertes de sang sont dues à une transudation veineuse et se rencontrent plutôt dans les formes congestives pas trop prononcées.

TYPE DÉCLANCHÉ PUR

Nous classons sous ce titre toutes les congestions pelvi-abdominales qui apparaissent brusquement à l'occasion d'une des causes énumérées dans le chapitre étiologie et qui ne paraissent pas être en rapport direct avec la menstruation du sujet considéré.

La symptomatologie de ce type, dans ses grandes lignes, répond à la description de la congestion en général. Les formes hémorragiques se rencontrent assez souvent en pareil cas.

TYPE DÉCLANCHÉ

DU A L'AUGMENTATION D'UN PHÉNOMÈNE PHYSIOLOGIQUE

L'appareil génital de la femme subit, et à intervalles réguliers, des poussées congestives par un mécanisme essentiellement physiologique. C'est l'exagération de ce phénomène physiologique qui entre dans le domaine de la pathologie.

Cette notion est pour beaucoup de praticiens actuels une véritable nouveauté. Devant une telle affirmation, on nous dira, pour nous prouver son exagération, que, Arau, en 1857, écrivait :

« La congestion fait en quelque sorte partie intégrante des fonctions du système utérin, tellement que, toutes les fois qu'elle ne dépasse pas un certain degré, elle est en réalité un fait nécessaire et jusqu'à un certain point une condition de l'accomplissement régulier des fonctions de ce système et de l'ensemble de l'organisme. Mais son augmentation peut devenir une maladie ».

Schéma I
Vagues utéro-ovariennes
d'après
STAPFER

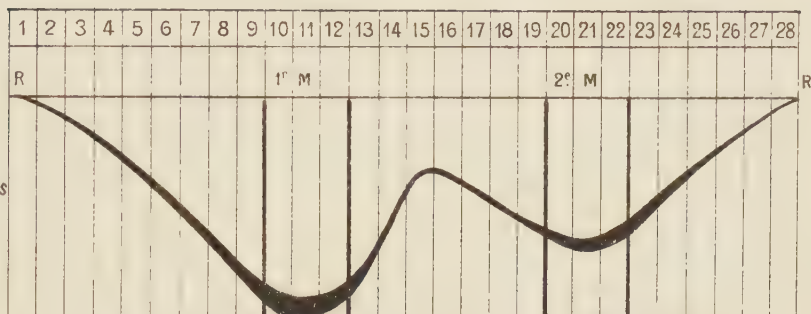


Schéma II
Schéma subjectif
Type I
d'après QUINCIEU

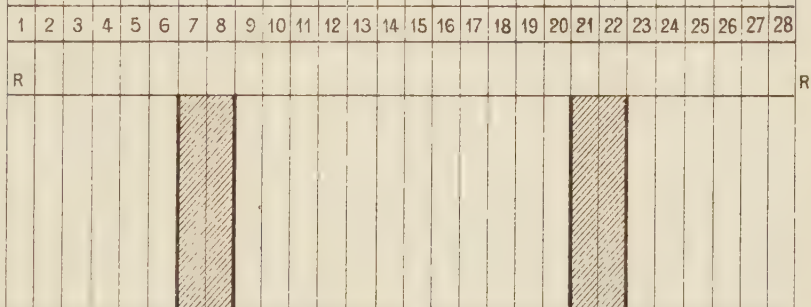
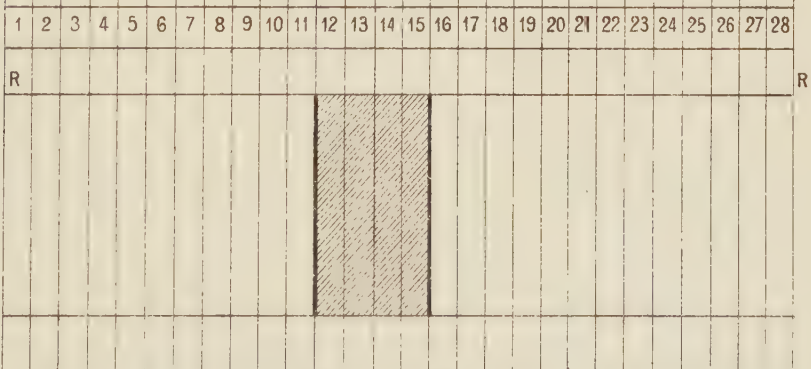


Schéma III
Schéma subjectif
Type II
d'après QUINCIEU



Explication des Graphiques ci-contre

Schéma I — Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer *a priori*, c'est très logiquement que STAFFER a tracé le schéma des vagues «utéro-ovariennes», suivant un principe qui, à première vue, paraît être l'inverse du mode de notation habituel.

En effet, STAFFER place en haut, aux culmens des vagues, les maxima de *décongestion utérine*, c'est-à-dire les points où l'utérus apparaît réduit au minimum de volume par accélération de la circulation artérielle.

Par contre, il place en bas les maxima de *congestion utérine* par stase veineuse. Il dessine un trait d'autant plus épais que l'engorgement est plus considérable et le volume utérin plus grand.

On interprétera facilement le graphique si on le considère comme l'expression de l'*euphorie circulatoire*: complète aux culmens, nulle aux molimens.

STAFFER, à ce propos, a écrit une phrase caractéristique et très démonstrative : « Quand les vagues baissent, la circulation se ralentit. Dans la profondeur des creux (molimens), il y a congestion passive, engorgement, stase, œdème.

« A mesure que les vagues s'élèvent, les artères se dilatent, les veines se contractent, l'œdème s'évanouit, les tissus se dégorgent. La circulation se précipite dans le réseau vasculaire élargi. *La mare se change en rivière.* »

Schéma II. — Ce schéma représente les périodes douloureuses ressenties par les malades qui souffrent deux fois par mois. A remarquer que la première période précède le molimen de succession, tandis que la seconde coïncide avec le molimen de précession.

Schéma III. — Ce schéma représente la période douloureuse des femmes qui souffrent une fois par mois. A remarquer que cette période correspond au premier culmen.

(1) STAFFER. « Les vagues utéro-ovariennes ». Note préliminaire présentée par E. FERRIER. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 22 janvier 1912. Mémoire in *(Œuvre médico-chirurgicale (Collection CRITZMANN), Paris, MASSON, 1912.*

Cette affirmation qui semble exacte dans les termes même ou la formule Arau est au fond essentiellement fausse.

C'est à Stapfer que revient incontestablement le mérite d'avoir montré avec précision l'existence de ces phénomènes.

La femme subit pendant le cours d'une période intermenstruelle, deux poussées congestives.

Prenons comme exemple une femme adulte, bien portante, normalement réglée, et, sans passé gynécologique. Ses règles surviennent le vingt-huitième ou le trentième jour qui suit le premier jour des règles précédentes (la durée de celles-ci est, en l'espèce, sans intérêt).

Un examen gynécologique quotidien nous permettra de constater les variations de volume correspondant au schéma I ci-joint: Autrement dit l'utérus, le premier jour des règles, présente sensiblement le volume d'un œuf de poule; il augmente, ensuite, très peu tout d'abord, mais vers le huitième jour, il s'accroît assez brusquement, et peut atteindre au dixième, onzième ou douzième jour le volume d'un œuf de dinde, d'un œuf d'oie, et, parfois même, dépasser notablement ces proportions.

L'organe utérin est alors plutôt molasse; il est congestionné. C'est cette période de trois jours de maximum congestif que Stapfer a dénommé premier « *molimen* » de la vague utéro-ovarienne.

Dès le treizième jour, on constate la diminution très rapide du volume utérin et au quinzième jour, l'organe est sensiblement revenu à un volume normal par disparition de la stase veineuse et accélération du flux artériel.

Puis un second cycle s'établit, aboutissant à un second molimen, les vingtième, vingt-et-unième et vingt-troisième jours. Ensuite, dès le vingt-troisième jour, la congestion disparaît, l'utérus diminue, et, c'est à l'arrivée des nouvelles règles, le vingt-neuvième ou le trentième jour que correspond le grand « *culmen* », c'est-à-dire le moment où l'utérus présente son maximum de décongestion et de tonus musculaire avec minimum de volume.

Le cycle recommence alors pour le mois suivant. En ce qui concerne les dates des molimens, il convient de remarquer ceci : alors que le premier est, en général, assez constant aux dixième, onzième et douzième jours, il n'en est pas de même pour le suivant.

Le second molimen ne correspond pas en réalité aux vingtième, vingt-et-unième et vingt-deuxième jours, il a son maximum assez exactement du huitième au septième, parfois au sixième jour, précédant l'arrivée des règles suivantes ; c'est-à-dire qu'il montre son maximum au vingt-et-unième jour chez la femme réglée à vingt-sept jours, par contre, il aura son maximum le vingt-sixième jour chez une femme dont les règles arrivent le trente-troisième jour et le dix-huitième jour chez une femme réglée tous les vingt-six jours.

Ce second molimen, Stapfer l'avait désigné sous le nom de molimen cataménial. Nous préférons avec le docteur Quincieu le terme « *molimen de précession* », pour bien marquer ce caractère particulier qui le distingue du premier dit « *molimen intercalaire ou molimen de succession* ».

Tels sont les faits que chacun peut constater. Il va

sans dire que si nous n'avons parlé que de l'utérus, pour simplifier notre description, le phénomène des vagues porte sur tout le tractus génital; au molimen, c'est en réalité, tout le contenu du pelvis qui se montre congestionné, inversement au culmen: annexes, appareil ligamentaire, musculature sont décongestionnés comme l'utérus lui-même.

Stapfer, admirable observateur des phénomènes objectifs, nous paraît, au contraire, avoir moins bien saisi la marche des douleurs plus ou moins vives qui, chez certains sujets, précèdent ou accompagnent les vagues physiologiques. Nos recherches cliniques nous permettent d'affirmer ceci: en principe, chez la femme saine et parfaitement normale, chez la jeune fille vierge et bien portante, les vagues utéro-ovariennes passent, pour ainsi dire, inaperçues; rien ou presque rien de ces variations vaso-motrices périodiques n'émerge à la surface du champ de la conscience. Ces vagues « utéro-ovariennes » existent simplement chez ces individus comme tous les autres actes de la vie viscérale et comme eux demeurent enfouies dans l'inconscient.

Chez ces sujets, tout se passe en silence. A peine parfois un imperceptible malaise, un peu de lourdeur abdominale, un très léger nervosisme passager se montrent-ils aux dates voisines des molimens congestifs; notamment au voisinage du second quelques jours avant les règles.

Mais si, pour une des causes quelconques énumérées dans le chapitre étiologie, les phénomènes congestifs s'accroissent, l'état physiologique se mue insensiblement en un état pathologique.

Les femmes souffrent au voisinage des molimens. La symptomatologie est identique, mais les phénomènes douloureux se concentrent sur une période de trois à quatre jours.

Le docteur Quincieu avec qui nous ayons étudié spécialement les phénomènes congestifs est arrivé aux conclusions suivantes :

Les femmes qui souffrent de douleurs intermenstruelles peuvent être ramenées à deux catégories principales. Tout d'abord, les femmes qui souffrent deux fois par mois. Celles-ci ont une première période douloureuse apparaissant habituellement le septième et le huitième jour, ou le huitième et le neuvième jour après les règles, et une seconde période douloureuse qui éclot généralement du vingt-et-unième au vingt-troisième jour.

Dans une seconde catégorie, ces deux périodes n'existent pas ; le sujet ne souffre qu'une seule fois dans le mois intermenstruel. Cette poussée douloureuse débute généralement vers le douzième jour pour s'éteindre le quinzième ou le seizième jour.

La description ci-dessus appelle les explications suivantes :

En ce qui concerne la première catégorie la comparaison des schémas ci-joints (p. 35) montre que la première vague douloureuse (schémas I et III) précède nettement le maximum objectif réel et que la malade ne souffre plus au moment où le médecin constate le maximum de congestion gynécologique, caractérisé par l'augmentation maximum du volume de l'utérus.

Par contre, dans cette même catégorie la seconde

poussée douloureuse coïncide sensiblement avec le second molimen ou molimen de précession.

En ce qui concerne la seconde catégorie, celle des malades n'ayant qu'une période douloureuse par mois, l'examen des schémas I et III montre que l'apparition de la période douloureuse vers le onzième ou le douzième jour coïncide sensiblement avec la fin du premier molimen de succession et s'étend immédiatement après celui-ci, presque jusqu'à l'apparition du premier culmen, autrement dit encore cette poussée douloureuse semble coïncider sensiblement avec la fin de la première période de stase veineuse et s'étendre nettement à la période d'activité artérielle.

Dans le premier type les douleurs sont aiguës et les malades perdent rarement du sang. Dans le second type, au contraire, les douleurs sont diffuses et les malades perdent souvent du sang.

EVOLUTION ET COMPLICATION

Si on laisse la congestion gynécologique évoluer sans traitement, elle aboutit à la cellulite et la cellulite à la sclérose.

Qu'est-ce donc que la cellulite?

LA CELLULITE,

La cellulite abdomino-pelvienne est une affection chronique du tissu cellulaire de la paroi abdominale et du pelvis, produit par les troubles circulatoires locaux et caractérisée anatomiquement par un œdème dur ou mou.

Nous groupons avec Stapfer sous le nom de cellulite

abdomino-pelvienne toutes les affections cataloguées sous les divers noms : « *paramétrite, périvophorite, péri-salpingite, salpingite interstitielle, périméthro-salpingite* ». Le mécanisme de formation de la cellulite est bien décrit par Geoffroy-Saint-Hilaire quand il écrit : « *Les œdèmes séreux ne sont que l'exagération de ce qui se passe normalement dans les tissus. La lymphe qui imprègne les tissus est un produit de transudation du sang qui passe des lacunes des tissus dans les vaisseaux lymphatiques et arrive à la circulation veineuse par le canal thoracique. Toute augmentation de l'issue dans les tissus du plasma sanguin détermine dans la région une plus forte imbibition qui est compensée par une augmentation de circulation lymphatique mais celle-ci a des limites et au bout d'un temps variable l'infiltration des tissus par l'exsudat sanguin dépasse la normale, c'est cet état que nous désignons sous le nom d'œdème séreux (cellulite), œdème résultant de l'accumulation des liquides dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin* ».

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la cellulite abdomino-pelvienne peuvent se diviser en deux catégories : phénomènes généraux et symptômes locaux.

Les phénomènes généraux succèdent aux phénomènes locaux et prennent rapidement le pas sur ces dernières. Le facies et l'habitus des malades expriment bien ce que Stapfer a décrit sous le nom de misère gynécologique.

Les traits sont tirés, la pâleur et l'expression d'angoisse sont habituels. Leur démarche est pénible, la

sensation de pesanteur au bas-ventre et les élancements douloureux les arrêtent à chaque instant. La peau est sèche, la maigreur est fréquente, mais le ventre présente souvent un épaissement notable de la couche adipeuse avec des noyaux durs et douloureux à la malaxation. On les constate facilement en faisant un pli à la peau et en l'étirant légèrement. La malade accuse une douleur quelquefois très forte quand on saisit un noyau entre les doigts. Certaines malades ressentent des douleurs à une pression modérée et ne tolèrent même pas le port du corset.

Ces malades deviennent à la longue des infirmes et sont condamnées à l'immobilité et à la chaise longue.

Parmi les symptômes pelviens, le premier est encore la douleur.

Localisée au bas-ventre, précisée à un seul côté dans les cas de cellulite limitée, elle s'étend vers les flancs et la région lombaire.

Elle augmente à la pression et devient intolérable si l'on ne pratique pas l'examen avec la plus grande douceur.

Au toucher bi-manuel quand une main explore à travers la paroi abdominale, tandis que l'index et le médus de l'autre introduits dans le vagin sert de support ou explore, touche et sent à son tour, on constate l'existence d'une formation dure ou molle, variable comme volume, située autour des annexes et dans l'épaisseur des ligaments, adhérente ou non à l'utérus qui est souvent immobilisé par la rétraction ligamentaire (pseudo-fixations).

Cette masse est douloureuse, indépendante de l'utérus, s'il s'agit de l'affection uniquement localisée aux an-

nexes, mais très souvent accompagnée de l'empâtement mou et même dur qui l'entoure, se propage vers le col et envahit la partie supérieure du vagin.

Cet œdème ne se creuse pas en godet et ne garde pas l'empreinte du doigt quand il est pâteux. Sa forme est aussi variable que son volume, tantôt il prend celle de l'organe qu'il recouvre (œdème péri-salpingien, péri-ovarien, péri-ligamenteux), tantôt il donne la sensation de gonflement, de fuseau, de saillies triangulaires (face postérieure et fond de l'utérus rétroversé), de grains de chenevis ou de millet espacés où agglomérés, d'empâtement de cordes vibrantes (Stapfer).

Toutes ces formations ont un signe caractéristique qui leur est propre; c'est leur variabilité.

D'un jour à l'autre, elles peuvent changer de volume, de consistance, surtout au moment des molimens.

Mais elles ont un autre signe: c'est celui de disparaître progressivement sous l'influence du massage et des mouvements appropriés et amener avec elles la suppression de la douleur.

La fièvre et les phénomènes généraux inflammatoires sont absents.

Toutefois, cette règle ne peut être générale parce que la cellulite accompagne souvent une affection inflammatoire, comme elle peut indirectement provenir de celle-ci par l'intermédiaire de la congestion.

PRONOSTIC

Le pronostic est d'autant meilleur que le sujet est plus jeune et les troubles circulatoires plus récents.

CHAPITRE III

Traitement

Le traitement doit être envisagé sous ces deux fins : faire disparaître la congestion gynécologique, et, s'il y a lieu, améliorer sa complication fréquente : la cellulite.

Avant d'entrer dans le détail, il importe de bien se pénétrer de cette idée. Pour qu'une thérapeutique ait un effet durable, il faut d'abord supprimer ou du moins diminuer dans la mesure du possible, les causes déclanchantes de l'affection qui nous occupe. Par exemple : si une métrite du col a déclanché de la congestion gynécologique nous devons d'abord soigner la lésion chirurgicale et nous attaquer ensuite à sa complication congestive.

Le traitement de la congestion est le corollaire direct de la définition même de cette affection : *« dysfonction du sympathique et du parasympathique abdomino-pelvien caractérisé par une stase veineuse et par un spasme artériel »*,

L'idéal du traitement sera donc de faire disparaître la stase veineuse tout en accélérant la circulation artérielle et cela d'une manière non passagère mais durable.

En résumé, guérir la dysfonction du sympathique et du parasympathique, c'est-à-dire faire une rééducation de ce système.

Plusieurs traitements s'offrent à notre choix. Il convient de les passer en revue.

Tout d'abord le traitement médical avec ses vasoconstricteurs veineux, hammamélis, hydrastis, etc., etc. Mais ce ne sont là que des palliatifs très passagers et une fois l'action du médicament épuisée, rien n'est modifié.

Le traitement opothérapique donne souvent des résultats aléatoires pour ne pas dire nuls.

Le traitement chirurgical (résection du nerf pré-sacrésympathisectomie) a donné dans quelques cas d'excellents résultats, par contre, il n'est pas niable, quelques notables insuccès. Aussi, avec M. le professeur Villard, nous éviterons de donner notre avis sur le traitement chirurgical.

Reste le traitement kinésithérapique. C'est à lui que nous accorderons la préférence en pareil cas.

Faire disparaître les phénomènes congestifs et rééduquer le sympathique, voilà ce que l'emploi de cette méthode nous permet de réaliser dans le plus grand nombre des cas. Le traitement kinésithérapique repose sur deux procédés fondamentaux : massage et gymnastique. Associés dans la plupart des cas nous serons obligés lorsque surviendront des contrindications formelles de les séparer. Mais en pareil cas, c'est seulement

la gymnastique que nous supprimerons car elle seule possède des contrindications autres que celles du massage. Il peut y avoir massage sans gymnastique mais jamais gymnastique sans massage.

MASSAGE

Pour la plupart des médecins, masser c'est pétrir et pétrir évoque dans leur esprit l'image de la force. Ce préjugé est aussi naïf que celui du malade qui pour produire plus d'effet avale sa potion au lieu de se contenter d'une cuillerée.

Si on assiste, profane, à une séance de kinésithérapie à l'Hôpital de la Charité, la brièveté du massage, sa légèreté apparente et le plus souvent très réelle surprennent fort. On s'en va plus sceptique qu'on n'était arrivé, scepticisme fort naturel, mais que les faits cliniques et l'expérimentation changent en fumée.

Quel est donc le principe fondamental du massage gynécologique? Par quel mécanisme des actes, en apparence si peu actifs, peuvent-ils produire des effets thérapeutiques si surprenants. C'est que la méthode repose sur l'action des réflexes. Et surtout sur la mise en jeu du *réflexe dynamogénique*.

Il importe donc avant d'exposer la technique, les indications et contrindications du massage, d'étudier de plus près ce *réflexe dynamogénique*.

RÉFLEXE DYNAMOGÉNIQUE

C'est à Stapfer que revient le mérite d'avoir découvert le réflexe dynamogénique. Cette découverte fut

la fille d'expériences presque erronées de l'empirisme.

Voici les faits :

Stapfer connaissait les résultats surprenants du massage abdomino-gynécologique de Thure-Brandt ; il connaissait aussi les explications que le génial empirique suédois donnait du mode d'action de ses manœuvres où magnétisme et pouvoir personnel s'enchevêtraient dans un fouilli inextricable et puéril.

Également les expériences de Goltz sur les effets du tapotement abdominal avaient retenu son attention. Ce physiologiste, après de nombreuses recherches était arrivé à cette conclusion :

« L'irritation mécanique des intestins par le tapotement, détermine par la voie des nerfs sensibles intestinaux, un processus de la moelle allongée qui effectue par l'intermédiaire des pneumogastriques l'arrêt du cœur ».

Il faisait ensuite les deux remarques suivantes :

« A. — Dès que le tapotement cesse, le cœur qui reste encore un court instant immobile, se remet à battre tout d'abord lentement puis de plus en plus fort. Quelque temps après l'expérience, il fournit même cinq battements de plus par minute ».

Ce fut cette remarque qui fut le point de départ des expériences de Stapfer.

« B. — Je ne connais pas d'expériences réussissant sûrement au moyen de laquelle on puisse obtenir par voie réflexe une accélération immédiate de l'activité du cœur, alors que la vie courante montre par les phénomènes du pouls, la possibilité d'une pareille accélération ».

Bizarrerie des découvertes scientifiques, Goltz en avait eu l'intuition mais n'avait pas vu le réflexe dynamogénique cardio-vasculaire accélérateur du cœur. Ces deux réflexions furent le trait de lumière pour Stapfer. Comparant les résultats du massage de Thure-Brandt et les expériences de Goltz il conçut l'idée qu'un rapport devait exister entre ces deux ordres de phénomènes. Il refit alors au laboratoire de Marey sous la direction de Comte en collaboration avec son élève Romano toute la série des expériences de Goltz. Mais avec ses collaborateurs il institua une méthode nouvelle. Au lieu de pratiquer des tapotements brutaux sur l'abdomen des animaux d'expérience, il employa des effleurements très légers et des vibrations extrêmement douces. Dès lors, les résultats se montrèrent tout différents.

L'ensemble de ces résultats ainsi que les protocoles d'expérience sont consignés *in extenso* dans la thèse inaugurale de Romano. Ce travail constitue le roc solide de l'édifice kinésithérapique. Voilà les conclusions de ce travail :

« A. — *Lorsqu'on masse les viscères d'un animal par frictions circulaires légères, brèves, entrecoupées de pauses, on excite le cœur et les vaisseaux; on constate une contraction de tout l'appareil circulatoire pendant le massage, la dilatation pendant les pauses, avec accélération fougueuse du courant sanguin; à chaque excitation correspond une élévation de pression.*

» B. — *Lorsqu'au massage léger, bref, entrecoupé de pauses on substitue un massage continu, fort, on détermine la parésie, par conséquent, la vaso-dilatation des*

vaisseaux mésentériques. Le cœur se contracte avec une énergie excessive, d'abord réelle, puis apparente. A une cardio-constriction ou même à une cardio-tétanisation succède une cardio-rétraction permanente. Les vaisseaux de la périphérie en font autant. La cardio-rétraction est proportionnée au degré de paralysie de la circulation abdominale. Dès qu'elle se manifeste, la pression décroît.

» Bien que dans les deux cas, A et B, le cœur se resserre, les phénomènes sont différents

» Le premier est réflexe. C'est une stimulation de tous les vaisseaux, y compris le cœur qui se comporte comme eux. Le second, réflexe d'abord, ensuite mécanique est la conséquence d'abord de l'excitation, ensuite d'une vacuité relative, puis absolue du cœur, auquel les vaisseaux parésiés n'envoient plus une quantité suffisante de sang. Ils retiennent, ils drainent le liquide nourricier, le reste de l'arbre en est privé.

» Le premier phénomène (cardio-vaso-constriction) est la manifestation d'une suractivité. Il est dynamogénique. Le second (cardio-vaso-constriction, cardio-vaso-tétanisation, cardio-vaso-rétraction) est d'abord un spasme, puis la manifestation d'une simple propriété du tissu. C'est alors presque un affaissement, presque de l'adynamie, mais le cœur s'arrête faute d'aliments et non faute d'énergie, et si on l'abreuve, sa tonicité se réveille même in extremis aux dernières limites de l'épuisement ».

Si l'on interprète les résultats précédents, on voit que le massage léger abdominal produit une augmentation de circulation générale et en particulier abdomino-

pelvienne. Donnée pleinement confirmée par l'observation attentive des malades.

Des massages très doux, très légers, voilà l'idéal. Le laboratoire de physiologie nous le dit, la clinique nous le confirme.

Donc le massage combat la congestion gynécologique, mais aussi il la guérit en vertu de la théorie suivante de François Frank (1).

« La répétition d'une irritation laisse, en quelque sorte sa trace dans les centres nerveux qui continuent, malgré la suppression des excitations provocatrices, à déterminer la reproduction des effets que ces excitations avaient causées; il se crée là une sorte d'habitude des centres qui ont subi une série de sollicitations, et en conservent l'impression: c'est, en réduction, le phénomène de l'éducation et de l'habitude ».

CONTRINDICATIONS ET INDICATIONS

Les contrindications du massage peuvent se scinder en deux classes:

a) *Contrindications absolues:*

Kyste de l'ovaire, suppurations aiguës, néoplasmes, fibromes, douglassite.

En plaçant le fibrome et la douglassite dans les contrindications absolues, nous allons à l'encontre de nombreux médecins. En effet, le massage par son action

(1) *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 21 juillet 1896, page 63.

décongestionnante pourrait faire disparaître la congestion et les hémorragies dues au fibrome, mais il ne peut guérir. Tôt ou tard, la malade doit subir une intervention chirurgicale ou un traitement par les agents physiques. Mieux vaut ne pas différer cette terminaison inévitable et continuer à considérer les fibromes comme contrindications absolues.

Pour ce qui est de la douglassite, certains médecins font en pareil cas, du massage; c'est une hérésie. En effet, qu'est-ce que la douglassite?

Pour nous, comme pour la majorité des chirurgiens, la douglassite est essentiellement la réaction péritonéale du cul de sac du Douglas, une péritonite pelvienne localisée. Pour employer une comparaison frappante, *la douglassite c'est la pleurite du Douglas*. C'est-à-dire que pour une cause quelconque, on trouve à l'ouverture du ventre des adhérences péritonéales plus ou moins abondantes, plus ou moins lâches, plus ou moins tendues et parfois même dans des cas très rares, une véritable occlusion par l'accolement des deux feuillets de la séreuse.

Le corollaire de cette définition est que la douglassite est d'ordre essentiellement chirurgical et que la kinésithérapie n'a aucune action sur elle.

b) *Contrindications discutables:*

Annexites anciennes, sequelles de vieilles annexites, anciennes annexites suffisamment refroidies bilatérales à gonocoques le plus souvent, unilatérales plus fréquemment dues au streptocoque.

INDICATIONS

Comme les contrindications, les indications sont de deux sortes relatives ou discutables et absolues.

Indications discutables:

Les indications discutables sont les mêmes que les contrindications discutables.

Indications absolues:

Tous les phénomènes congestifs et leur complication: la cellulite.

TECHNIQUE

La malade doit avoir la vessie et le rectum vides.

TEMPS PRÉPARATOIRE

Toutes précautions normales d'asepsie et de propreté étant prises (malade et médecin traitant). On procède de la façon suivante:

La malade n'est pas dévêtue, elle a simplement quitté ceinture, corset, pantalon, et, généralement, tout vêtement pouvant gêner l'examen.

Elle se place en position dorsale sur le *plint* (1) à massage. Le tête très légèrement relevée, les jambes

(1) PLINT. — Lit à massage, d'environ 0,75 de hauteur sur 2 mètres de long et 0,75 de large, recouvert d'une toile cirée, bourrée de crin, ce qui lui donne une souplesse relative tout en lui conservant une rigidité absolue, avec appui de tête mobile.

fléchies, les pieds reposant à plat sur le lit, les talons rapprochés le plus possible du bassin.

L'opérateur, s'il est droitier est assis à la gauche de la malade (en situation inverse s'il est gaucher) sur un tabouret *ad hoc*, dont la hauteur est calculée sur la hauteur du plint. Il se place commodément, le buste sensiblement à la hauteur du bassin du sujet.

De sa main gauche il pratique le toucher bi-digital ce qui assure la finesse de ce dernier et permet de préciser plus facilement l'exactitude des sensations tactiles.

La main droite est la main agissante.

Un palper toucher bi-manuel pratiqué avec la plus grande douceur renseigne le médecin sur la position des organes pelviens. Ceci fait, on passe au massage proprement dit. La main vaginale n'exécute absolument aucun mouvement. Elle soutient simplement les organes..

La main abdominale est placée bien à plat, un peu plus près du pubis que de l'ombilic. Et celle-ci, contrairement à ce que croient beaucoup de médecins, ne triture pas, ne palpe même pas les organes sous-jacents, légèrement soutenus par les doigts vaginaux. Elle assure simplement le contact intime avec la paroi abdominale.

TEMPS ACTIF

Dès lors commence la vibration. Celle-ci est réalisée par une contraction volontaire (nécessitant d'ailleurs un assez long apprentissage) des muscles de l'avant-bras, du bras et de l'épaule.

Cette contraction provoque un mouvement vibratoire

transmis simplement par la main à la paroi abdominale sous-jacente.

La durée de cette manœuvre dépasse rarement la moyenne de trente à quarante secondes, après quoi le médecin suspend la vibration. Il se borne alors à de très légères frictions sur la paroi abdominale sans aucun appui. Cette seconde manœuvre dure en moyenne de trente à quarante secondes également.

Les deux manœuvres conjuguées sont répétées deux à trois fois selon l'état du sujet jamais davantage. La séance dure donc de deux à trois minutes.

Au cours de la dite séance, les assistants peuvent constater les faits suivants :

Résultats subjectifs

Le sujet dès que la vibration commence perçoit profondément la vibration dans tout le pelvis. Certains malades la décrivent analogue au tremblement d'une sonnette électrique. Au cours de la première pause, c'est-à-dire pendant le cours des frictions légères, apparaît une sensation d'intense chaleur dans toute la cavité pelvienne. La malade compare cette sensation à « la sensation du rouge qui monte à la figure ».

Cette sensation de chaleur disparaît très rapidement elle dure la moyenne de trente secondes.

Elle se reproduit à chaque reprise, par conséquent deux ou trois fois au cours de la séance suivant les cas.

Résultats objectifs

En même temps, les assistants perçoivent une légère tachycardie et une augmentation de pression (au Pa-

chon 3 degrés). Augmentation perceptible au pouls et rigoureusement parallèle à la sensation de chaleur intense éprouvée par le sujet.

Au fur et à mesure que la pression retombe à la normale et que le rythme cardiaque revient à sa moyenne, la malade accuse la diminution, puis la disparition de chaleur intérieure.

Chez la plupart des sujets, tout se passe ainsi dès la première séance de traitement.

Chez ceux-ci, à partir de la cinquième ou de la sixième séance, on constate l'apparition d'un nouveau phénomène subjectif. Le réflexe dynamogène de Stapfer que pour notre part nous préférons dénommer « le réflexe de l'euphorie ». La malade revenant pour faire son traitement déclare que depuis deux ou trois jours elle se sent particulièrement bien. Que depuis des semaines, des mois, que depuis le début de sa maladie elle n'avait jamais eu pareille sensation de bien être.

Vers la dixième séance cette euphorie s'accuse, la malade est encore plus affirmative. Ceci se traduit par les expressions imagées de sa conversation: « *Elle se retrouve jeune comme avant sa première grossesse, elle n'a plus son ventre, elle voit la vie en rose, etc., etc. . .* ». Particularité notable: l'angoisse douloureuse a disparu dans l'expression de son visage, le teint est devenu plus clair, une expression de bien être se dégage de toute sa personne.

Si l'on arrête à ce moment le traitement, il faut bien savoir que: les résultats ne sont pas durables, il faut en arriver à un nombre de séances plus considérable, en

général, une vingtaine pour les sujets âgés de vingt à trente ans, un peu plus pour les malades ayant dépassé cet âge.

Le rythme des séances est une séance tous les deux jours.

Gymnastique

Thure Brandt ayant commencé à traiter les femmes en leur faisant exécuter des mouvements de gymnastique a constaté l'influence des mouvements sur la circulation locale et générale. Il a vu que certains mouvements sont décongestionnants, d'autres, au contraire, congestionnants.

En effet, les exercices de gymnastique ont une action sur la circulation par l'attitude et par le mouvement.

Stapfer se basant à la fois sur les méthodes de Brandt et sur les conclusions de François Franck (1) a dégagé l'élément vraiment scientifique de la question et comme pour le massage a établi les principes rationnels sur lesquels reposent les procédés thérapeutiques.

En effet, la gymnastique comme le massage, a pour but la rééducation du sympathique.

Stapfer admettait deux modalités de gymnastique, l'une congestionnante abdomino pelvienne, l'autre décongestionnante (même territoire).

Pour nous, nous nous rattachons à l'opinion du docteur Quincieu qui estime à la suite d'une expérience clinique suffisamment prolongée que la gymnastique congestionnante de Stapfer doit être définitivement

(1) Voir page 49.

proscrite de l'arsenal kinésithérapique en gynécologie.

Il a constaté notamment le fait suivant en apparence paradoxal: Si chez une aménorrhéique congestive, chez une femme ayant des règles très retardées on pratique des exercices congestionnants, bien loin d'accélérer l'apparition du flux sanguin, celui-ci est retardé, et n'apparaît qu'après la cessation de la gymnastique congestionnante. Tout se passe comme si la stase veineuse exagérée produisait un véritable blocage des phénomènes menstruels.

Par contre, si chez ces mêmes sujets on pratique des manœuvres décongestionnantes judicieusement choisies, les règles apparaissent beaucoup plus rapidement et le sujet tend très vite à se replacer dans la normale physiologique.

Ces faits ne sont que la confirmation de ce que nous affirmons avec Stapfer, à savoir: chez les sujets normaux, bien portants, l'apparition des règles ne coïncide pas avec le molimen de la vague, c'est-à-dire avec le maximum de congestion veineuse (stase), mais coïncide au contraire, avec le culmen de la vague, c'est-à-dire avec le moment où l'utérus est le moins congestionné et où l'activité artérielle, l'hyperémie est au contraire à son point maximum.

INDICATIONS ET CONTRINDICATIONS

Les indications sont les mêmes que celles du massage; les contrindications aussi, mais en y ajoutant les lésions cardiaques et pulmonaires.

TECHNIQUE

Une longue expérience a prouvé que les mouvements décongestionnants (abdomino-pelviens) par excellence, peuvent être ramenés à deux : la position de l'opistotonos et le travail des muscles abducteurs des membres inférieurs.

Technique de l'opistotonos

Le sujet dont les vêtements sont desserrés est placé en décubitus dorsal sur un plan résistant, de préférence le plint suédois employé pour le massage. Les talons rapprochés autant que possible du siège, par suite les genoux sont surélevés au-dessus du plan du corps. Les bras sont croisés sur la poitrine ou bien le membre supérieur repose le long du corps.

Dans un premier temps, le sujet prend au commandement l'attitude de l'opistotonos classique, en se soulevant lentement de telle sorte que le mouvement étant réalisé, le sujet fait le pont, ne reposant que sur les pieds, les épaules et la tête.

Dans cette position, on fait exécuter au sujet un mouvement d'inspiration et l'expiration. Ensuite on lui prescrit de reprendre la position primitive (décubitus dorsal) en se retenant, pour que le mouvement soit exécuté lentement et en souplesse.

Après quelques secondes de repos on peut recommencer deux ou trois fois la même manœuvre.

Technique des abducteurs

Même position initiale du sujet que ci-dessus. L'opérateur se place devant le sujet comme s'il voulait pratiquer un curettage.

Il saisit la face extérieure des genoux à pleines mains et les serre avec modération donnant ainsi au sujet un point d'appui solide nécessaire pour la bonne exécution du mouvement.

Au commandement, le sujet écarte les genoux l'un et l'autre en luttant contre la résistance souple que lui oppose l'opérateur.

Les genoux ayant atteint leur point d'écartement maximum, le retour à la position primitive est exécuté en action inverse, l'opérateur appuyant sur la face externe des genoux pour fermer ceux-ci et le sujet s'opposant à ce mouvement par une résistance toujours souple.

Grâce à cette technique, les abducteurs ont travaillé dans les deux sens, activement à l'aller, passivement au retour.

Après quelques secondes de repos, on peut recommencer deux à trois fois la même manœuvre.

La séance de gymnastique n'est pas terminée, l'opérateur doit aider la malade à se relever en la soutenant de façon à lui éviter le retour brusque à la position assise.

A ce moment, on constate parfois que le sujet est légèrement étourdi par suite de l'afflux de sang dans les centres nerveux. On remédie à cela par un ou deux mouvements d'inspiration profonde après lesquels la malade peut se lever.

La séance de gymnastique a une durée à peu près identique à celle du massage, c'est-à-dire de trois à quatre minutes.

Pour obtenir un résultat durable l'expérience a prouvé qu'il faut arriver au nombre de 15 à 18 séances.

Remarque importante. — Pendant la durée des règles on n'interrompt pas le massage et bien au contraire. En effet, c'est à ce moment-là qu'un traitement est le plus efficace.

Combattant la stase veineuse et encourageant la circulation artérielle, il aide donc fortement la nature dans son travail.

La gymnastique doit être interrompue pendant les trois jours qui précèdent les règles et pendant la durée de celles-ci.

TRAITEMENT DE LA CELLULITE

De par son origine la cellulite est forcément justiciable des mêmes traitements que la congestion gynécologique. Née de troubles de la circulation, elle s'améliore lorsqu'on améliore ces troubles. Donc, massage et gymnastique, voilà bien le traitement de la cellulite. Mais à ces manœuvres nous en ajoutons une nouvelle qui a pour but d'agir directement sur les amas cellulitiques, c'est l'effleurement.

Technique de l'effleurement

Le sujet est allongé sur le plint à massage, dans une position identique à celle notée pour le massage et la gymnastique.

Le plus souvent par le toucher rectal, quelquefois par le toucher vaginal, on atteint les lésions qui siègent dans le paramètre, le long des ligaments utéro-sacrés, etc., etc...

Le doigt reconnaît les lésions. Celles-ci étant généra-

lement très douloureuses il importe dès le premier temps de l'intervention d'agir avec la plus grande douceur.

Ceci est une question d'habitude et il faut parfois un apprentissage assez prolongé pour obtenir la souplesse désirable en pareils cas.

On pratique alors avec la pulpe de l'index l'effleurage des tissus *sans plus de force qu'on en déploie pour écrire sur une vitre couverte de buée* (Thune Brandt).

Au bout de quelques séances, les lésions s'amoindrissent et finissent par disparaître. Pour avoir un résultat durable, il faut environ de 18 à 20 séances.

La durée des séances est s'environ deux à trois minutes.

Observations

Durant notre séjour de dix-huit mois à la clinique gynécologique, nous avons examiné et traité de très nombreuses malades atteintes de congestion gynécologique. Nous avons vu défiler sous nos yeux les cas les plus divers. Ne pouvant les étudier tous nous nous contenterons de donner, comme observations, les cas qui furent les plus typiques.

Nous donnerons ainsi une observation se rapportant spécialement à l'étiologie, une à la congestion du premier type, une aux vagues utéro-ovariennes et une à la cellulite. Nous envisagerons naturellement dans tous ces cas, le traitement et ses résultats.

OBSERVATION I

(Docteur QUINCIEU), Etiologie

C'est une jeune fille de 18 ans, d'assez belle apparence, mais un peu palie par des règles non douloureuses, ou à peine un peu douloureuses le premier jour, survenant toutes les trois semaines.

L'écoulement sanguin dure six à sept jours, très abondant, avec caillots vers la fin; il cesse, puis recommence trois ou quatre jours plus tard et dure cette fois

deux ou trois jours encore, un peu moins abondant que la première fois; une semaine après, les règles repa-
raissent et ainsi de suite.

La mère nous affirme qu'au cours de ses jeunes années, la fillette n'a jamais été malade, qu'elle a été réglée vers l'âge de 13 ans et que jusqu'aux accidents actuels, la menstruation survenue depuis quatre semaines et ne durait jamais plus de quatre jours.

Ellevée à la campagne, elle s'acquittait avec sa mère des travaux du ménage. Depuis quelques mois elle est venue à la ville où elle travaille dans une usine debout toute la journée devant une machine trépidante. Dès le second mois qui a suivi ce changement d'existence, les règles ont avancé et enfin c'est tout récemment qu'est apparue la situation telle qu'elle se présente à l'heure actuelle. L'étiologie n'est pas douteuse, c'est bien la trépidation qui a déclanché la maladie.

Examen gynécologique. — Utérus bien placé, mais très volumineux (ressemblant à une grossesse de deux mois et demi); rien aux annexes.

Traitement. — Suppression du travail à côté de la machine trépidante et kinésithérapie. Guérison.

OBSERVATION II

(Personnelle, Clinique de la Charité)

Madame G..., 37 ans, ménagère.

Bonne santé habituelle, rien à signaler dans les antécédents. 1908: accouchement garçon, actuellement bien portant. Elle vient à la consultation, le 12 février, se

plaignant de douleurs continuelles dans tout l'abdomen, de sensations de pesanteur, de besoins de pousser, d'envies fréquentes d'uriner. Inappétence, troubles digestifs, cauchemars et neurasthénie, le tout depuis deux mois environ.

Règles tous les 28 jours, durée 4 jours, assez douloureuses.

Examen: utérus bien placé, de la grosseur d'une orange, consistance molle, trompe congestionnée, ligaments utéro-sacrés légèrement douloureux. On fait suivre à la malade un traitement kinésithérapique. Massage et gymnastique.

Séances les 14, 16, 18 février, règles le 19. On n'interrompt pas le traitement pendant la durée de celles-ci, sauf pour la gymnastique.

Séances le 21, 23 et 25 février.

Examen: utérus du volume d'une mandarine. La malade dit moins souffrir, digérer mieux (reprendre goût à la vie).

Séances le 28 février et le 2 mars.

Examen le 2 mars : utérus gros comme une orange (molimen de succession). La malade n'accuse pas de phénomènes subjectifs spéciaux.

Séances les 4 et 7 mars.

Examen le 7 mars: utérus du volume d'un œuf de dinde. La malade dit ne plus souffrir, avoir meilleur appétit, être plus gaie, se sentir plus jeune.

Séances les 9, 11, 14 et 16 mars. Règles 18 mars. On n'interrompt pas le traitement.

Séances le 21 mars.

Le 22, intoxication assez prononcée (involontaire) par

l'oxyde de carbone. Le mari venant nous prévenir de l'accident, nous fait part du changement complet qu'il a constaté chez sa femme. Elle n'est plus la même, dit-il. Elle est transformée. Elle, qui était toujours triste, est gaie et chante toute la journée.

Reprise du traitement le 30 mars, 1^{er}, 4 et 6 avril.

Examen le 6 avril: utérus de la grosseur d'un œuf de poule. Abdomen non proéminent. Douleur complètement disparue, la malade a repris 3 kilogrammes. On cesse le traitement et prie la malade de revenir si rechute. Depuis huit mois la guérison se maintient.

OBSERVATION III

(Vagues utéro-ovariennes)

Madame B..., 24 ans

Bonne santé habituelle, rougeole et scarlatine dans l'enfance et rien autre à noter dans ses antécédents. Père et mère bien portants, un frère et une sœur également bien portants.

Réglée à 12 ans, assez régulièrement jusqu'à l'âge adulte. Depuis sa dix-neuvième année, les règles sont régulières à vingt-six jours en général, durent quatre jours et sont d'une abondance normale.

Depuis deux mois environ, la malade se plaint de douleurs violentes, survenant pendant la période intermenstruelle. Leucorrhée glaireuse, ventre lourd, besoins de pousser.

A l'examen: utérus gros, congestionné, annexes également congestionnées. Col légèrement métritique.

La malade est mise en traitement pendant deux mois (massage et gymnastique) après désinfection du col. Des examens interrogatoires pratiqués tous les deux jours, il résulte que la malade présente un type parfait de congestion par augmentation des phénomènes des vagues utéro-ovariennes.

A la fin du traitement, guérison complète qui se maintient depuis quatre mois.

OBSERVATION IV

(Cellulite)

Madame F..., 29 ans.

Réglée à 13 ans; depuis cette époque les règles sont toujours venues régulièrement.

En octobre, sans cause appréciable, la malade souffre du ventre, douleurs lombaires et abdominales. Les règles sont très pénibles, pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Un chirurgien voit la malade et propose de faire l'hystérectomie vaginale, elle préfère essayer la kinésithérapie.

Etat général très mauvais; la malade vient, courbée en deux, se traînant avec peine, langue saburrale.

Examen très difficile à faire, ventre douloureux et tendu. L'utérus est gros, immobile.

On trouve dans le cul-de-sac postérieur et dans le cul-de-sac latéral gauche, une masse volumineuse, pâteuse, presque fluctuante qui pourrait faire croire à la présence d'une collection liquide.

Les annexes ne peuvent être trouvées, on sent à gauche, au niveau du pli de l'aîne, un cordon noueux, ressemblant à une chaîne ganglionnaire.

Traitement : Massage, gymnastique et effleurements. Au bout de seize séances, tous les phénomènes objectifs et subjectifs ont disparu. Guérison.

Conclusions

1° On désigne sous le nom de congestion gynécologique un ensemble de phénomènes vaso-moteurs (dépendant essentiellement d'une dysfonction du sympathique et du parasympathique abdomino-pelvien) caractérisée par la présence simultanée d'une vaso-dilatation veineuse et probablement lymphatique (stase) et d'une vaso-constriction artérielle (spasme);

2° Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible de déterminer le substratum de ces phénomènes. Certains cliniciens l'attribuent à l'arthritisme;

3° Le déclenchement des dits accidents peut être dû à un état infectieux léger ou bien à un surmenage quelconque de l'organisme ou bien à l'association de ces deux éléments;

4° La congestion gynécologique aboutit à la cellulite. La cellulite à la sclérose;

5° Jusqu'ici les traitements médicamenteux n'ont donné que des résultats minimes et on peut dire le plus souvent nuls. Par contre la physiothérapie employée judicieusement se montre d'une efficacité constante et

les résultats sont d'autant meilleurs que le sujet est plus jeune et les troubles vaso-moteurs plus récents.

Il n'est pas possible de se prononcer actuellement sur la chirurgie du sympathique ;

6° Le traitement physiothérapique repose essentiellement sur la kinésithérapie (massage et gymnastique décongestionnante).

Vu :

Le Doyen :

Jean LÉPINE.

Le Président de la Thèse,

VILLARD.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 novembre 1927.

LE RECTEUR,

*Président du Conseil
de l'Université,*

H. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAU. — Maladies de l'utérus, 1858.
- BARNES. — Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, 1866.
- BERNUTZ et GOUPIL. — Clinique sur les maladies des femmes, Paris 1866.
- BLOCH. — Traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique. *Indépendance médicale*, 1898.
- Peut-on masser les annexites? *Progrès Médical*.
- Considérations sur l'emploi de la kinesithérapie en gynécologie. *Gazette médicale*, Paris, 1909.
- BORIAKOWSKY. — Le massage en gynécologie. *Vratsch*, 1885, page 40. III^e Congrès de Médecins Slaves, Leningrad.
- BOILLY. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie opératoire abdominale*; 1897.
- BRABANT. — Méthode Brandt Stapfer, Paris 1901.
- Œdèmes annexiels. Congrès de Physiothérapie des Médecins de langue française, 1908.
- Pseudo-métrites. *Soc. de Kinesith*, 21 octobre 1904.
- Maladies de la femme, Paris.
- BRANDT-THURE. — Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines, Paris, Jœl Cherburiez, 1880.
- Die Bewegungseur, als Heilmittel gegen Weibliche Soyen. *Unterleibsleidern und prolaps*. Stockholm, 1880.

- Traitement des maladies des femmes. Traduction française par Stapfer. *Traité de kinésithérapie gynécologique*, Paris.
- BUM. — Traitement médical des maladies des femmes. *Weiner Med. Presse*, n°s 40, 1886; n°s 12, 1889.
- BYLICKI. — Méthode de Brandt. *Pryegladlekovski*, 1889, page 59.
- BRODIER. — Communication au Congrès d'Amsterdam. *Revue de Gynécologie*, août-septembre, 1899.
- BAJARDYRAN. — Vingt cas d'affections gynécologiques traités par le massage, Genève.
- BOURSIER. — Précis de gynécologie, Paris, 1903.
- CHEROU. — *Revue Méd. Chir. des maladies des femmes*, 1891, pages 309-639-703.
- COLMAIRE. — La cellulite sous-cutanée ou panniculite, Thèse Mang, 1899.
- COLSON. — Quelques nouveaux cas de massage gynécologique. *Ann. Soc. Méd. Chir.*, Liège, 1896, xxxv, 392.
- COURDY. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1866.
- DAHELSE et ROBIN. — Métrorragies dans les maladies du foie. *Bul. Soc. Méd., Hôpitaux*, 1897; *Journal des Praticiens*, juin, 1913.
- DEHASSUS. — Sur une affection ou au moins un symptôme fréquent chez les malades qui souffrent de l'appareil génital. XIII^e Congrès International de Médecine, 2-9 avril, Paris, 1900. Semaine gynécologique, 25 septembre 1900.
- Myo cellulite, celiulite pelvienne. XIII^e Congrès International, Paris, 1900.
- DOLERIS. — Nouvelles archives d'obst. et de gynéc., Paris, 1893, VIII, 49, 131, 185, 193, 241.
- Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus.
- DUDHEY. — Les maladies des femmes.
- DUPARCQUE. — Traité des maladies de la matrice, Paris, 1839.
- ENGREN. — Zur manuelle therap. ur gynéc., in-8°, Berlin, 1900.
- FASSURA. — Des douleurs intermenstruelles, Thèse Paris, 1899.
- FRENDENBERG. — Traitement des tumeurs abdominales, Berlin, 1890.
- A propos de Stapfer et de Dureberg. Pratiquons-nous, oui ou non en Allemagne, la méthode de Brandt. *Le Médecin praticien*, Dresde, n° 29, 1894.

- FRÉDÉRIC. — Prolapsus utérus et massage. *Annales de la Soc. de Méd. de Liège*, 1890, p. 117.
- FRUMERIC. — Le massage gynéc., Paris, Steinheil, 1897.
- GALLARD. — Maladies des femmes, Paris, 1873.
- GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — Les œdèmes abdomino-pelviens en gynéc. Thèse Paris, 1898.
- Traitement kinesique d'une fistule anale. *Revue de Cinésie*, 1901.
- Gynéc. et massage. *Journal de la Santé*, 1901.
- GUILLARMOU. — Valeur hémostatique de certains mouvements musculaires contre les meno et métrorrhagies chroniques. Thèse, Paris, Steinheil, 1896.
- HARDY. — Massage en gyn. *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège*, 1894, xxxiii, page 11.
- HARTMANN. — Gynécologie opératoire, Paris, 1911.
- HOGNER. — *On the value of Kur. in gym. Pract.* Journal américain de médecine, Chicago, 1895.
- On cellulitis or panniculitis, etc. *Méd. Times and Register*, 1896.
- HEPP. — Sclérose utérine et métrite chronique. Thèse Paris, 1899.
- HARAJEWICZ (W.). — Traitement gymn. Méthode Thure-Brandt, Krakow.
- JORDAN. — Brand et sa méthode. Przegladekavski, 1888.
- JOURDAIN. — Contribution à l'étude et au traitement des congestions frustes intermenstruelles. Thèse, Lyon, 1903.
- JENTZER et BOUCART. — Gymn. et traitement médical des maladies de l'utérus et de ses annexes, Genève.
- KLEIN. — *Mém. de la Soc. Méd. de Strasbourg*, 1886-1887.
- KELLGREN. — Technique du traitement manuel suédois. Traduction française par le docteur Garnault. Paris, Maloine, 1895.
- LABADIE, LEGRAND et LEGEU. — Traité de gymn. méd. ch., Paris.
- LACROIX DE LAVALLETTE et JAYLE. — Sismothérapie en méd. généc. et surtout en gynéc. *Revue de gymn.*, Paris, 1830, page 645.
- LECLER. — Dix-huit mois de pratique gynéc. chez Auvard. Archives de Toxicologie, 1896.
- LIÉO. — La kinésith. gynéc. *Revue Val. Méd.*, Valencia, 1900.

- LUTIKOFF. — La cellulite abdomino-pelvienne et son traitement par la méthode Brandt-Stapfer. Thèse Paris, 1911.
- LARDIER. — *Bulletin médical des Vosges*, 1888.
- LOLOFF. — Etiologie diag. et traitement des supp. pelviennes d'origine utéro-annexielles. Thèse Montpellier, 1902.
- LAGRANGE. — La médication par l'exercice, Paris Alcan, 1898.
- MENGE et KOENIG. — Deut. Méd. Wochenschrift, Berlin, novembre, 1894.
- NETTER. — Le massage gynécologique, *Monde Médical*, 15 octobre 1927.
- NORSTROM GUSTAF. — Sur le traitement des maladies des femmes au moyen de la méthode du massage. (Communication à l'Académie de Médecine de Paris, 18 janvier 1875.)
- Thèse de Paris par X présentée et non soutenue?
 - Massage de l'utérus, Paris, Lecrosnier Babé, 1889.
 - Traitement théorique et pratique du massage, 1891.
 - Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes, Paris, 1892.
- NONAT. — *Gazette des Hôpitaux*, pages 57, 110, 120, Paris, 1850.
- OZENNE. — *Journal de Médecine de Paris*, 1899.
- OLSHENISEN. — Aménorrhée et dysménorrhée. *Lehrbuch von Gynäkologien*, page 227, 1904.
- PELTIER GOUSSAKOFF. — Méthode de Brandt. Thèse, Paris, 1895.
- PETIT (L.). — Le massage par le médecin, Paris, 1885.
- POZZI. — Accidents causés par le massage gynéc. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1895.
- Péri-métre salpingite. *Progrès médical*, Paris, 1890.
- PETIT (Paul). — Angiosclérose et métrorragies rebelles. *Journal de Médecine de Paris*, 1897.
- PICHEVIN et PETIT (A.). — Lésions vasculaires et métrorragies. *Semaine Médicale*, 1896.
- Mme P. PELTIER. — La méthode de Thure-Brandt et son application au traitement des maladies de l'utérus et des annexes, Paris, Genève, 1891.
- QUINCIEU. — Souffrantes et douloureuses. *Revue de Gynécologie*, 15 janvier 1925.

- QUINCIEU et MICHON. — Contribution à l'étude du sympathique sur le régime circulatoire de l'utérus. *Lyon-Chir.*, octobre 1926.
- ROMANO. — Effets dynamogènes cardio-vasculaires du massage abdominal. Thèse, Paris, 1895.
- RUBINSTEIN. — Lechebnoe znatchenie gynékologicheskayo massage, Léningrad, 1895.
- RICHELOT et BAROZZI. — Congestion et sclérose de l'utérus. *La Gynécologie*, février 1901.
- RUDAUX (Paul). — Les règles de quinzaine. *Gazette des Hôpitaux*, 15 février 1900.
- ROBIN (A.). — Du traitement hydro-minéral dans les maladies des femmes. *Bulletin gynec. de thérapeutique*, septembre 1899.
- SAGUET (Nantes). — Action trophique locale du massage abdominal léger. *Bull. gén. de thérapeutique*, 8 n^{os}, 1908.
- Gymnastique et massage en thérapeutique. *Presse Médicale*, 1904.
- SIBIRTSOFF. — Traité kinésique de certaines dysménorrhées (clinique de Quincieu). Thèse, Lyon, 1905.
- SOSNOWSKA. — Technique du massage gynec. *Revue de Gynésie*, 2^{me} série, mars 1903.
- STAPPER. — La kinésith. gynec. Rapport au Ministre et communication à l'Acad. de Méd. sur la méthode de Brandt, 1892.
- Cellulite et myo-cellulite localisée douloureuse. *Annal. de gynec.*, juillet-août 1893.
- Le réflexe dynamogène du massage abdomino-pelvien. Thèse de Romano, xxxix, obst. et clin. expér. phys.
- Gymnastique et massage. *Soc. Chim. des Praticiens de France*, avril 1895.
- Dépendance des mouvements du cœur et de la circulation abdominale. *Soc. de Biologie*, 13 décembre 1895.
- Traité de Kinés. gynec., Paris, 1897.
- La kinés. gynec. *Œuvres médico-chirurg. des nouveautés scientifiques* (Critzman), n^o 16, Paris, 1899.
- Les vagues utéro-ovariennes. Notes préliminaires présentées par E. Perrier. Compte rendu à l'Académie des Sciences, 22 janvier 1912.
- SIREDEY. — La congestion utérine. *La Gynécologie*, janvier 1900.

VALLEIX. — Des inflammations du tissu cellulaire péri-utérin. *Union Médicale*, 1851, t. IX, pages 285-419.

WETTERWALD. — La méthode de Th. Brandt en Allemagne et en France. *Revue de Cinésie*, janvier 1907.

— Kinésithérapie manuelle et mécanothérapie. *Revue de Cinésie*, avril 1907.

— Kinésithérapie dans l'artério-sclérose. *Revue de Cinésie*, juin 1908.

— Les névralgies du tissu cellulaire. I^{er} Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française, Paris 1908.

— Le massage dans les névralgies. *Journal des Praticiens*, 21 août 1909.

— Indications et contrindications du massage dans les névralgies. *La Clinique*, 3 juin 1910.

— La méthode de Brandt en Allemagne et en France, Tours, 1907.

Table des Matières

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i>	12
Période pré-pasteurienne	12
Période post-pasteurienne	22
CHAPITRE II. — <i>Congestion gynécologique</i>	26
Définition	26
Étiologie	26
Pathogénie	29
Symptomatologie	29
Formes cliniques	32
Évolution et complication	39
Pronostic	42
CHAPITRE III. — <i>Traitement</i>	43
Massage	45
Gymnastique	56
Observations	62
CONCLUSIONS	68
BIBLIOGRAPHIE	70

